

POÏESIS



Collana di studi e ricerche sull'eGovernment
Sezione Politica e Istituzioni

Michele De Benedetto e Gianpasquale Preite
(a cura di)

LA SANITÀ E IL RISCHIO

Dinamiche, prospettive, strategie

Scritti di:

Nunzio Di Nunno
P. Luigi Di Viggiano
Valerio Lamboni
Christian Longo
Manola Mazzotta
Jkor Pino
Ughetta Vergari

Michele De Benedetto e Gianpasquale Preite (a cura di)
La sanità e il rischio. Dinamiche, prospettive, strategie
Copyright © 2019 Tangram Edizioni Scientifiche Trento
Gruppo Editoriale Tangram Srl
Via dei Casai, 6 – 38123 Trento
www.edizioni-tangram.it – info@edizioni-tangram.it

Prima edizione: gennaio 2019, *Printed in EU*
ISBN 978-88-6458-189-7

POÏESIS – *Collana di studi e ricerche sull'eGovernment* – NIC 13
Collana promossa e curata dal Laboratorio di ricerca sull'eGovernment – Politica, diritto e tecnologie per il governo delle organizzazioni complesse – Dipartimento DSSSU, Università del Salento

DIREZIONE

Gianpasquale Preite, Marco Mancarella, André Ramos Tavares

COMITATO SCIENTIFICO

Michele De Benedetto, Primario Emerito ASL Lecce
Ioannis Ganas, Technological Educational Institute of Epirus
Giuseppe Gioffredi, Università del Salento
Vitantonio Gioia, Università del Salento
Donato A. Limone, Università Telma “La Sapienza” di Roma
Mariano Longo, Università del Salento
Michele Maffia, Università del Salento
Marco Mancarella, Università del Salento
Fabricio Muraro Novais, Faculdade Autónoma de São Paulo
Josep Cañabate Pérez, Universitat Autònoma de Barcelona
Fabio Pollice, Università del Salento
Mauro Pollini, Università del Salento
Gianpasquale Preite, Università del Salento
Mario Sirimarco, Università degli Studi di Teramo
Luigi Spedicato, Università del Salento
André Ramos Tavares, Pontificia Universidade Católica de São Paulo
Ughetta Vergari, Università del Salento

REDAZIONE E SEZIONI

eGovernment e Ricerca sociale: P. Luigi Di Viggiano (responsabile), Giuseppe Gaballo, Luca Caputo
Politica e Istituzioni: Anna Rita Gabellone (responsabile), Rossella Bufano, Luana Conte

Stampa su carta ecologica proveniente da zone in silvicoltura, totalmente priva di cloro.
Non contiene sbiancanti ottici, è acid free con riserva alcalina.



Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Storia, Società e Studi sull'Uomo (DSSSU) dell'Università del Salento

La pubblicazione rientra tra le attività di disseminazione dei risultati del Progetto *Theory and Methods for the right to health: habeas data, ethics and risk in healthcare (TheoMed-Risk)*, Regione Puglia – DSSSU Unisalento. Ricerca applicata del SSD SPS/01 – Filosofia politica, cod.: TQ2VOE0.

Intervento cofinanziato dal Fondo di Sviluppo e Coesione 2007-2013 – APQ Ricerca Regione Puglia “Programma regionale a sostegno della specializzazione intelligente e della sostenibilità sociale e ambientale – FutureInResearch”.

Introduzione	11
<i>Michele De Benedetto</i>	
Capitolo I	
Il sistema socio-sanitario e le dinamiche del rischio nella modernità contemporanea	15
<i>Gianpasquale Preite</i>	
Introduzione	15
1. Rischio e organizzazione: il nuovo paradigma	17
2. Teorie e processi di <i>Clinical Governance</i>	21
3. La prospettiva del <i>Risk Management</i>	24
4. Rischio e sicurezza del paziente	28
5. Il panorama sulla questione del rischio in sanità	34
6. Identificazione, valutazione e analisi dei rischi	37
7. La segnalazione spontanea degli eventi	39
8. L'errore umano e la teoria dell'errore latente	41
9. Sicurezza e strategia del margine	46
Bibliografia	50
Capitolo II	
Sicurezza e rischio: dalla riflessione filosofico-politica alla gestione del rischio in sanità	53
<i>Ughetta Vergari</i>	
Introduzione	53
1. I paradigmi moderni della riflessione filosofico-politica: sicu- rezza e rischio	54
2. Il bisogno di sicurezza come legittimazione dell'ordine politico	57
3. Dalla paura come fondamento del potere politico al rischio come paradigma del moderno	61
4. Considerazioni sul rischio in sanità	67
Bibliografia	72
Capitolo III	
Intelligenza artificiale e comunicazione organizzativa. Tecnologie per il <i>Business Project Engineering</i> in sanità	75
<i>Pasquale Luigi di Viggiano</i>	
Introduzione	75
1. La reingegnerizzazione dei processi	76
2. La reingegnerizzazione dei processi nella pubblica ammini- strazione	84

3. Nuovi approcci al <i>BPR</i> nel sistema sanitario	98
Conclusioni	107
Bibliografia	109
Capitolo IV	
Dinamiche fiduciarie e creazione di valore nel <i>Day to Day Management</i> in sanità	113
<i>Manola Mazzotta</i>	
Introduzione	113
1. Contesto sanitario e dinamiche fiduciarie	114
2. Fiducia, comunicazione, contesto	118
3. Risorse che generano valore	122
Conclusioni	126
Bibliografia	129
Capitolo V	
L'errore come indicatore di inefficienza del processo diagnostico-terapeutico.	131
<i>Nunzio Di Nunno, Jkor Pino, Valerio Lamboni</i>	
Introduzione	131
Conclusioni	144
Bibliografia	146
Capitolo VI	
Il governo clinico nella prospettiva del <i>Risk Management</i> . Rilevanza civile e amministrativo-contabile del danno cagionato	149
<i>Christian Longo</i>	
Introduzione	149
1. Il rischio clinico	150
2. La responsabilità del medico e dell'Azienda Sanitaria	155
3. <i>Risk Management</i>	160
Conclusioni	166
Bibliografia	167
Note degli autori	169

LA SANITÀ E IL RISCHIO

Dinamiche, prospettive, strategie

INTRODUZIONE

*Michele De Benedetto*¹

Il presente lavoro si colloca in ordine di continuità con la pubblicazione *La governance del rischio in sanità tra comunicazione e consenso informato* (2017), esito della prima fase del Progetto *Theory and Methods for the right to health: habeas data, ethics and risk in healthcare (TheoMed-Risk)*² e accoglie, sotto una comune visione metodologica, contributi interdisciplinari che sono espressione della trasversalità dell'analisi in cui il tema "sanità e rischio" ricade nello scenario di una modernità contemporanea che integra le prospettive offerte dall'*Information and Communication Technology* (ICT). L'obiettivo che si propone è di evidenziare la portata prospettica nella quale si inquadrano le dinamiche, le nuove prospettive e le possibili strategie per gestire il rischio in sanità.

I risultati della ricerca e la prospettiva valoriale che ne deriva sono rinvenibili nella proposta di modelli e metodologie che vagliano fino a che punto e con quali criticità l'elaborazione di dispositivi governamentali centrati sul rischio, sull'organizzazione, sulla trasparenza si trasformano in prassi, agendo sul miglioramento e la qualità dei servizi clinici (in particolare) e socio-sanitari (in generale) (De Benedetto, Preite 2017).

¹ Primario Emerito dell'Unità Operativa Complessa ORL, ASL Lecce, Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce.

² Progetto promosso dal Dipartimento di Storia, Società e Studi sull'Uomo dell'Università del Salento (DSSSU) e sviluppato presso l'ASL Lecce, nell'ambito delle attività condotte dal Laboratorio diffuso di ricerca applicata alla medicina (DREAM) dell'ASL Lecce, su Bando competitivo FutureInResearch, Regione Puglia – Unione Europea.

Un contributo fondamentale, che proviene dalla Teoria dei sistemi sociali, è che il rischio non può essere osservato empiricamente. Il calcolo razionale non aiuta e non è possibile la scelta ottimale nemmeno sul piano statistico. In altri termini, la stessa distinzione rischio/sicurezza è messa in discussione, perché tutte le misure per la sicurezza rappresentano paradossalmente un rischio; di rilievo analitico è, invece, la distinzione rischio/pericolo, perché soltanto rispetto alla probabilità di un danno futuro e alla difficoltà di evitarlo, qualora si verifichi (pericolo), che assume plausibilità la concettualizzazione contemporanea della maggiore coscienza del rischio e il correlato aumento delle possibilità di decisione (Preite 2018).

Nella modernità contemporanea, infatti, il rapporto spazio-sicurezza si colloca a un nuovo livello di complessità che deve essere reso compatibile con l'esigenza di garantire circolazione di persone, informazioni, dati, risorse, beni e servizi, ma al tempo stesso il contenimento dei rischi prevedibili e probabili. In questo complesso scenario, il paradosso è che i rischi aumentano nonostante l'implementazione di sistemi di sicurezza sempre più sofisticati; l'iniziale pericolo per la vita si è andato traducendo in un rischio collegato alla condotta di vita che può toccare diversi ambiti e, tra questi, anche quello legato alla malattia e alla cura (Vergari 2018).

Un ulteriore aspetto di criticità, che rende difficile l'utilizzo della distinzione rischio/sicurezza, riguarda i moderni processi di razionalizzazione, semplificazione e digitalizzazione delle organizzazioni pubbliche (in termini di *Business Process Reengineering*) (Di Viggiano 2018). Il sistema sanitario, nella sua complessità organizzativa raramente si è confrontato con strumenti configurabili come una radicale applicazione del *Business Process Reengineering*. Anche su questo fronte, dunque, è necessaria una rivisitazione delle potenzialità offerte dalle nuove tecnologie ICT e dall'intelligenza artificiale attraverso l'adozione di un sistema basato sull'apprendimento automatico che richiede, tuttavia, una valutazione della "tolleranza al rischio", nuovi sistemi di implementazione e *Quality Assurance*. Del resto, per esempio, la riduzione delle liste d'attesa o la gestione di un *check-up* completo in grado di assicurare sia il monitoraggio sistematico delle condizioni di salute individuali e collettive, sia la di-

sponibilità di un sistema diagnostico ad ampio spettro con funzionalità predittive, non richiede l'introduzione di nuove tecnologie, ma interventi di reingegnerizzazione dei processi che riguardano il modello clinico-sanitario, dunque, la produzione e la disponibilità di dati controllati, dove la tecnologia diviene "abilitante" per prendere decisioni. La tecnologia è una dimensione strumentale in grado di fornire un supporto "intelligente" ai processi, ma che richiede inevitabilmente l'integrazione con le ulteriori dimensioni che caratterizzano il sistema clinico e sanitario teso, com'è, tra la contrazione di risorse finanziarie e il cambiamento del modello di organizzazione delle cure (Mazzotta 2018); d'altronde, lo stesso *day to day management*, inteso come dimensione routinaria delle attività, è una dimensione che coinvolge le tecnologie, ma anche il potenziale di relazionalità fiduciaria e di cooperazione del sistema che agisce sulla emersione di forme tacite del valore e, dunque, sulla generazione di risorse in grado di condurre a miglioramenti del servizio agli utenti/pazienti e a cambiamenti positivi del clima lavorativo. In tal senso il *day to day management* identifica un livello del sistema dove le competenze tecniche si arricchiscono di competenze soft; le routine diventano pratiche di riferimento per gestire problemi nuovi; la prestazione professionale si trasforma in performance; la cooperazione diviene il driver per veicolare l'innovazione e il cambiamento organizzativo.

Il concetto stesso di "processo", pertanto, rimanda, a un significato valoriale che, da un lato ha la funzione di delimitare il contesto intorno a un'area comune di contenuto (il sistema sanitario); dall'altro quello di indirizzare e coordinare le strategie attraverso l'integrazione tra dimensioni differenti (sociologiche, mediche, cliniche, politologiche, giuridiche e gestionali) che non possono essere ricondotte ai soli sistemi tecnologici, tanto più in un sistema, come quello sanitario, la cui peculiarità è di collocarsi in un'area tesa tra il diritto alla salute e l'erogazione di un servizio di rilevanza pubblica.

In un approccio per processi anche l'errore inteso come "indicatore di inefficienza del processo diagnostico-terapeutico" svolge una funzione di apprendimento per il sistema e di promozione dei processi di rinnovamento, adeguamento e miglioramento delle presta-

zioni sanitarie (Di Nunno, Pino, Lamboni 2018).-D'altronde, come sostiene Karl Popper, la capacità di apprendere dagli errori, rappresenta il vero nucleo del ragionamento scientifico, il momento del giudizio critico che consente di generare nuova conoscenza. È in tale senso che la valenza euristica dell'errore e il suo esame critico e sistematico svolge un ruolo importante nel processo di accrescimento della conoscenza e nella definizione di nuove procedure e rappresentazioni più integrate. Affinché il *Risk Management* possa assolvere alla funzione di una riduzione degli eventi avversi, concentrandosi sui fattori sistemici e al contempo garantire un miglioramento della qualità delle cure offerte al paziente, è fondamentale concepirlo come un processo che necessita di integrarsi con la dimensione governamentale che sovrintende alla tutela dell'interesse pubblico.

Se dalla concettualizzazione dell'errore si passa a quello del rischio sanitario, le logiche analitiche, che danno evidenza delle interrelazioni che si instaurano tra i processi del sistema sanitario, non cambiano, perché la configurazione di un danno causato da un errore del medico, rimanda a inevitabili valutazioni dei fattori organizzativi e gestionali che caratterizzano il sistema e che definiscono i suoi livelli di responsabilità (Longo 2018).

Le fasi del progetto *TheoMed-Risk* sono state coordinate all'interno del Gruppo di ricerca *Biopolitics and risk governance* afferente al Laboratorio di studi e ricerche interdisciplinari sull'eGovernment – Diritto, Politica e Tecnologie per il governo delle organizzazioni complesse (LEG) del Dipartimento di Storia, Società e Studi sull'Uomo (DSSSU) e che opera presso il Laboratorio diffuso di ricerca interdisciplinare applicata alla medicina (DREAM) – Università del Salento e ASL Lecce.

Concludo questa mia introduzione al secondo volume esprimendo al prof. Gianpasquale Preite, a nome mio personale e di tutti i relatori, un sentito ringraziamento per il perfetto lavoro di coordinamento dell'intero progetto di ricerca.

Capitolo I
IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO E LE DINAMICHE
DEL RISCHIO NELLA MODERNITÀ CONTEMPORANEA

Gianpasquale Preite

INTRODUZIONE

Il concetto di rischio è in sé intrinsecamente critico, perché definisce lo scostamento rispetto a regolarità descritte dal linguaggio scientifico. D'altronde, lo stesso complesso semantico se da un lato propone soluzioni definitorie, dall'altro non descrive né spiega il rischio. Si potrebbe affermare che il rischio è il paradosso attraverso il quale la società si vincola al futuro mediante decisioni cui è legata la possibilità che si abbiano conseguenze negative non già nella forma di costi, ma nella forma di danni. In questi termini il concetto esprime una disposizione alla contingenza, cioè alla necessità di andare incontro a rischi ogni volta che si decide. Ciò porta alla consapevolezza che l'altra parte del rischio è comunque rischio¹.

Numerosi sono stati i contributi delle scienze sociali in questo particolare ambito del sapere ma, tra gli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso, la concettualizzazione del rischio assume una diversa prospettiva grazie alla *Teoria dei sistemi sociali* proposta dal sociologo tedesco Niklas Luhmann², la cui tesi ruota intorno a una questione essenziale: quali sono le istituzioni in grado di risolvere il problema del rischio?

¹ G. PREITE, *Politica e biometria. Nuove prospettive filosofiche delle scienze sociali*, Trento, Tangram Edizioni Scientifiche, 2016, p. 105.

² Cfr. N. LUHMANN, *Teoria Politica nello stato del benessere*, trad. it., Milano, Franco Angeli, 1983; Cfr. inoltre, ID., *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1984.

Ogni intervento volto alla gestione, al contenimento, al controllo e all'osservazione del rischio può direzionarsi solo alla decisione, quindi al sistema della politica. Quando la politica evita di decidere, evita di rischiare. Ma, anche quando «decide di non decidere»³, affronta un rischio.

Un contributo fondamentale che proviene dalla teorizzazione luhmaniana è che il rischio non può essere osservato empiricamente⁴, il calcolo razionale non aiuta, non è possibile la scelta ottimale e nemmeno la statistica e la morale possono dire nulla sul rischio.

Non è possibile considerare la distinzione rischio/sicurezza, perché tutte le misure per la sicurezza sono un rischio e non è possibile determinare quanto sia sicura la sicurezza. Il concetto di rischio rimanda alla probabilità di un danno futuro che può essere collegato a una decisione che un'altra decisione avrebbe potuto evitare; la distinzione rilevante è dunque rischio/pericolo, dove per pericolo si intende la probabilità di un danno futuro che, se si verifica, non può essere evitato.

Questo tipo di concettualizzazione dà plausibilità al fatto che nella modernità contemporanea la maggiore coscienza del rischio è correlata all'aumento delle possibilità di decisione.

Nel caso specifico del sistema politico, in cui si collocano le politiche del Sistema Sanitario Nazionale (ed in genere tutte le strategie sui piani di intervento clinico e socio-sanitario), l'intervento è legittimato da un "paternalismo" orientato a impedire un'azione che l'individuo raziocinante sceglie di compiere pur sapendo che è potenzialmente dannosa. Il paternalismo dà forma a un modello di persona razionale/morale, per cui qualsiasi comportamento in contrasto con tale modello è sbagliato. Inoltre, in tale prospettiva, l'individuazione dei pericoli e la valutazione del rischio correlato a ciascuno di essi varia col tempo, e tale variazione aumenta con l'au-

³ N. LUHMANN, R. DE GIORGI, *Teoria della società*, Milano, Franco Angeli, 1992, p. 45.

⁴ Sul punto si veda N. LUHMANN, *Organizzazione e decisione*, trad. personale, Seminario di Studi del Centro di Studi sul Rischio, Università degli Studi di Lecce, aprile-maggio 1994.

mentare dell'organizzazione sociale e culturale delle civiltà prodotte, pertanto il concetto di sicurezza pubblica è strettamente legato al sistema di organizzazione sociale.

Nella modernità contemporanea si assiste alla nascita (e alla moltiplicazione) di tecnologie orientate alla sicurezza, sia all'interno dei tipici meccanismi di controllo sociale, sia all'interno dei meccanismi volti a modificare qualcosa nel destino psico-fisio-biologico degli individui.

Nella prospettiva foucaultiana, la realizzazione di ogni bene-diritto (in cui rientra anche la sicurezza) dipende da "dispositivi di sicurezza", termine a cui è assegnato un forte valore euristico per via della quantità di relazioni che presuppone e del livello di complessità che deve governare, come nel caso in cui il dispositivo debba tener conto dell'evoluzione scientifica, tecnica e tecnologica.

La stratificazione e l'intreccio sottostante di vari codici disciplinari promuovono l'impiego di dispositivi per garantire il bene-diritto "sicurezza" e legittimano l'adozione di misure e tecniche di sorveglianza, che appartengono al tempo in cui si svolgono, oltre che di metodologie di interpretazione, analisi e classificazione di comportamenti, opinioni, preferenze, abitudini e flussi migratori.

Il rapporto spazio-sicurezza si colloca, dunque, a un nuovo livello di complessità che deve essere reso compatibile con l'esigenza di garantire circolazione di persone, informazioni, dati, risorse, beni e servizi, ma al tempo stesso minimizzazione dei rischi prevedibili e probabili.

1. RISCHIO E ORGANIZZAZIONE: IL NUOVO PARADIGMA

Nella modernità contemporanea, l'organizzazione degli apparati pubblici coinvolge la dimensione evolutiva del fenomeno burocratico. In altri termini, la comprensione di come le amministrazioni pubbliche (in specie quelle sanitarie) operano, dipende dalla osservazione dei fenomeni sociali, dalle strategie politiche e dagli interventi legislativi in materia di riforma amministrativa dello Stato, che hanno portato al superamento del tradizionale concetto di burocrazia. Tale percorso trova una solida base teorica negli studi sulla

burocrazia avviati da Weber. Nella visione weberiana, la burocrazia rappresenta l'organizzazione di persone e risorse destinate a un fine collettivo (pubblico) secondo criteri di razionalità, imparzialità, impersonalità. Il presupposto è che non sia possibile concepire le organizzazioni razionalmente orientate a un fine se non come burocrazie, pur considerando che possono esistere forme organizzative non burocratiche, non orientate razionalmente a uno scopo⁵.

Gli studi di Weber sono sviluppati in seguito, sebbene con presupposti epistemologici differenti, nei contributi di Merton, che con il suo modello compie un'operazione ambivalente: a) da un lato critica il concetto di razionalità nel modello weberiano della burocrazia con un approccio funzionalistico; b) dall'altro lato recupera alcuni elementi dell'analisi weberiana per svolgere una critica al suo modello idealtipico⁶; e successivamente da Gouldner⁷, Selznick⁸, Crozier⁹, per giungere sino ai contributi della letteratura manageriale

⁵ Il contributo che Max Weber diede allo studio della burocrazia amministrativa in quanto apparato tipico del potere legale va osservato in tutta la complessità della sua opera *Economia e Società* del 1922.

⁶ Merton, inoltre, effettua una distinzione tra funzioni manifeste e funzioni latenti, affermando che il modello di Weber contiene nel suo interno alcune fonti di irrazionalità che non consistono in deficienze di progettazione organizzativa, ma negli effetti imprevisi che le pressioni esercitate dalle strutture possono provocare sulla personalità e sul comportamento.

⁷ Gouldner effettua un'applicazione alle norme (in termini tayloristici) dello schema mertoniano attraverso un funzionalismo critico in grado di individuare le funzioni latenti di provvedimenti, norme e istituzioni. In particolare: 1. la burocrazia apparente (quando direzione e dipendenti hanno un atteggiamento di indifferenza verso il rispetto di una norma imposta da una autorità esterna); 2. la burocrazia rappresentativa (quando direzione e dipendenti concordano sull'utilità di osservare determinate norme); 3. la burocrazia impositiva (quando le norme sono imposte da una parte contro la volontà dell'altra).

⁸ Il modello teorico di Selznick, elaborato attraverso una analisi struttural-funzionale (funzionalismo critico tra Parsons e Merton), ambisce ad avere validità generale per qualsiasi organizzazione formale dotata di una burocrazia interna, introducendo l'istituto della cooptazione quale processo di assorbimento di nuovi elementi che determinano la politica di un'organizzazione per prevenire minacce alla sua stabilità.

⁹ Crozier è interessato prioritariamente alla sicurezza, alla regolarità e all'impersonalità presenti nella pubblica amministrazione. La questione che si pone ri-

riconducibile ai lavori di Drucker e Mintzberg¹⁰, in cui si definisce lo stesso superamento della burocrazia tradizionale.

Il percorso evolutivo, che serve a tracciare i profili organizzativi degli apparati complessi, non può, inoltre, prescindere dall'importanza della teorizzazione di Kuhn secondo cui le rivoluzioni scientifiche si caratterizzano per il passaggio da un paradigma a un altro¹¹. Applicando il modello di Kuhn alle organizzazioni pubbliche risulta evidente che “anche queste sono sottoposte alla dinamica dei paradigmi culturali, in base ai quali il passaggio da un paradigma, nel quale non si riconoscono più le stesse organizzazioni, a un altro, che comprende nuovi modelli, metodi e prassi, costituisce una rivoluzione”¹². È il caso della cosiddetta Amministrazione Digitale (in particolar modo in ambito medico-sanitario) in cui occorre verificare preliminarmente il contesto organizzativo più idoneo per gestire i processi di innovazione tecnologica. In altri termini, analizzare le condizioni organizzative quale prerequisito di quelle tecnologiche; in effetti, se il contesto organizzativo non risponde a concreti parametri di efficienza, efficacia, pubblicità ed economicità anche lo stesso processo di e-government viene messo in discussione¹³.

guarda il funzionamento di questo tipo di organizzazioni e i rapporti sociali che esistono all'interno.

¹⁰ Il modello di Drucker “La direzione per obiettivi”, può essere visto come l'antitesi speculare della concezione tradizionale di burocrazia teorizzata da Weber. Mintzeberg, invece, elabora un quadro da cui emergono dei punti fermi che considerano: la pluralità delle forme organizzative, l'impossibilità di sbarazzarsi completamente della burocrazia tradizionale, la necessità di scoprire un ordine generale regolatore dei processi di progettazione organizzativa.

¹¹ Cfr. T. KUHN, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, trad. it., Torino, Einaudi, 1999.

¹² D.A. LIMONE, *Rivoluzioni organizzative: la teoria dei paradigmi di Thomas Kuhn*, in “eGov – Cultura e tecnologie per l'innovazione”, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli, n. 1/2, 2008, p. 17.

¹³ Cfr. P.L. DI VIGGIANO, *Rapporto di ricerca e linee di tendenza*, in D.A. LIMONE, P.L. DI VIGGIANO, G. PREITE, *L'innovazione organizzativa e tecnologica nei comuni*, Protocollo d'intesa tra il Ministro per l'innovazione e le tecnologie e l'Università degli Studi di Lecce del 23 dicembre 2002.

L'amministrazione digitale, così come delineata a partire dall'emanazione del D. Lgs n. 39/1993 e fino all'entrata in vigore del D. Lgs n. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) rappresenta il nuovo paradigma con particolare riferimento ai seguenti parametri gestionali e governamentali¹⁴:

- gestione razionalizzata, semplificata e digitalizzata;
- organizzazione finalizzata alla qualità del servizio anche in *rete*;
- sistema informativo e documentale quale risorsa fondamentale per la programmazione, la gestione, il governo e il controllo;
- sistema procedimentale trasparente, semplice e certo (legalmente) nei tempi e nei provvedimenti;
- risorse umane coinvolte in un contesto rinnovato per strutture e profili professionali;
- sistema dei controlli certificato e monitoraggio supportato da un sistema di dati affidabile;
- utilizzo dei mezzi di comunicazione digitali e telematici nei rapporti con la Pubblica Amministrazione (come diritto di *habeas data*);
- formazione erogata tramite sistemi innovativi in presenza e in modalità e-learning;
- prassi e consuetudini amministrative costituite da *best practice* individuate dagli organi competenti, condivisibili e visibili sui siti istituzionali (diffusione per “emulazione”)¹⁵.

Gli elementi costitutivi di questo nuovo paradigma evidenziano la necessità, dunque, di agire prioritariamente sui processi di riorganizzazione delle strutture e delle funzioni interne (*back-office*), piuttosto che sulle attività esterne quali sportelli, portali ecc. (*front-office*). L'intervento sistematico sul *back-office* assicura infatti che i processi di automazione siano utili anche al *front-office* e favorisce azioni di *cross-selling*, nel senso che i processi di innovazione tecnologi-

¹⁴ D.A. LIMONE, *Rivoluzioni organizzative: la teoria dei paradigmi di Thomas Kuhn*, op. cit., p. 19.

¹⁵ *Ibidem*.

ca agiscono nell'ambito di quelli organizzativi e questi ultimi sono supportati dai processi innovativi istituzionali¹⁶. In questa prospettiva rientrano anche gli studi e le metodologie applicate al governo del rischio all'interno del sistema socio-sanitario.

2. TEORIE E PROCESSI DI *CLINICAL GOVERNANCE*

Il concetto di *clinical governance* nasce in Inghilterra alla fine degli Anni Novanta del secolo scorso nel quadro delle strategie politico-organizzative e dell'impianto normativo del Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS). Questo nuovo approccio si sviluppa in particolare con i primi interventi sulla gestione della qualità dei servizi sanitari (pianificazione, controllo, assicurazione e miglioramento) in termini di "dovere istituzionale" condiviso tra i professionisti clinici e socio-sanitari, gli esperti in organizzazione e, in particolare, i decisori politici.

Secondo l'orientamento dell'NHS, ampiamente condiviso dal nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN), la *clinical governance* rappresenta una struttura per mezzo della quale "le organizzazioni rispondono del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard assistenziali attraverso la creazione di un contesto nel quale l'eccellenza nell'assistenza clinica deve prosperare"¹⁷.

Si tratta, dunque, di un cambiamento complessivo del sistema culturale che ri-definisce i mezzi per sviluppare capacità organizzative finalizzate a una forma di assistenza sanitaria sostenibile (focalizzata sul paziente, di qualità garantita e della quale è necessario render conto agli attori sociali coinvolti).

In Italia il termine *governance* rimanda spesso a significati non sempre interpretati in modo condiviso e la specificità dei contesti nei quali il termine viene usato rischia di oscurarne il significato ge-

¹⁶ Cfr. D.A. LIMONE, P.L. DI VIGGIANO, G. PREITE, Progetto Pilota: *L'innovazione organizzativa e tecnologica nei comuni*, op. cit.

¹⁷ NHS, *Department of Health*, 1998.